

おむつに係る費用の医療費控除対象者の確認申請書

年 月 日

那 珂 市 長 様

住 所
申請者
氏 名 (印)
電話番号 ()

確定申告に使用するので、主治医意見書のうち、 年に使用したおむつ代の医療費控除の証明（2年目以降）に必要な事項について、確認願います。

記

対象者	住 所			
	氏 名			
	被保険者番号		性 別	男性・女性・()・回答しない
	生 年 月 日	年 月 日	申請者との続柄	

認定に当たっては、私の介護保険に係る要介護認定情報、その他これに準ずる情報を調査することに同意します。

対象者氏名 (印)